

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ANA LUIZA MACEDO DE BARROS

**ESTUDO COMPARATIVO ACERCA DO FENÔMENO
DA MEDICALIZAÇÃO NA ESCOLA ENTRE
PROFESSORES BRASILEIROS E AMERICANOS**

**Brasília,
2013**

ANA LUIZA MACEDO DE BARROS

**ESTUDO COMPARATIVO ACERCA DO FENÔMENO
DA MEDICALIZAÇÃO NA ESCOLA ENTRE
PROFESSORES BRASILEIROS E AMERICANOS**

Monografia apresentada ao Curso de Pedagogia
da Faculdade de Educação da Universidade de
Brasília – UnB, como requisito parcial à sua
aprovação e obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora:
Professora Doutora Viviane Neves Legnani

**Brasília,
2013**

*"Liberdade é uma palavra que o sonho humano alimenta.
Não há ninguém que explique e ninguém que não entenda"*

Cecília Meireles

***Dedico**
este trabalho ao Luiz Carlos, meu esposo.*

Agradeço

*A Deus;
Aos meus pais, assim como aos familiares
da área da Educação, que tão sabiamente souberam me incentivar;
À professora e Orientadora, doutora Viviane Neves Legnani,
a quem devo muito pela competência, paciência e carinho
na consecução desta pesquisa;
assim como a todas as pessoas
que, direta ou indiretamente,
ajudaram na consecução deste trabalho.*

RESUMO

Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o fenômeno da medicalização na escola e fazer uma análise comparativa entre os professores brasileiros e americanos sobre essa questão. Nosso foco de análise foi o Transtorno do Déficit de Atenção – TDA/H, assim como o Desordem do Processamento Auditivo Central – DPAC. Nos resultados encontramos que os professores brasileiros acatam inteiramente o processo de medicalização das dificuldades escolares, advindo de pesquisas americanas e na discussão apontamos que os educadores brasileiros cobram das famílias o ajustamento das crianças, o que difere da postura que a escola e as famílias americanas têm face a essa problemática.

Palavras-chave: Medicalização na Escola. Discurso Médico. TDA/H. DPAC.

ABSTRACT

This study aims to review literature on the phenomenon of medicalization in school and make a comparative analysis between the Brazilian and U.S. teachers on this issue. The focus of our analysis was the Attention Deficit Disorder - ADD as well as the Central Auditory Processing Disorder – CAPD. The results found that teachers Brazilian heed fully the process of medicalization of learning difficulties, arising from American research and discussion pointed out that educators Brazilian charge adjustment of families of children, which differs from the stance that the school and American families have to face this problem.

Keywords: Medicalization School. Medical discourse. ADD. CAPD.

SUMÁRIO

| | |
|--|--------------------------------------|
| RESUMO | 6 |
| ABSTRACT..... | 6 |
| APRESENTAÇÃO (MEMORIAL)..... | 9 |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 14 |
| 2.1 Discurso médico na educação..... | 14 |
| 2.2 O que é TDA/H? | 15 |
| 2.3 DPAC..... | 18 |
| 2.4 Medicalização da criança e seus efeitos sobre a educação..... | 22 |
| 3 METODOLOGIA DA PESQUISA..... | 24 |
| 3.1 Pesquisa | 24 |
| 3.1.1 Amostra..... | 24 |
| 3.1.2 Instrumentos de coleta de dados | 25 |
| 3.2 Análise dos resultados | 25 |
| 3.3 Discussão..... | 29 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | Erro! Indicador não definido. |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 32 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Sexo dos Entrevistados | 25 |
| Gráfico 2 – Conhecimento sobre TDAH/ADD | 25 |
| Gráfico 3 – Conhecimento sobre DPAC/CAPD | 25 |
| Gráfico 4 – Existência de aluno com TDAH/ADD | 25 |
| Gráfico 5 – Existência de aluno com DPAC/CAPD | 25 |
| Gráfico 6 – Tipos de intervenções em sala de aula | 25 |
| Gráfico 7 – Relevância do uso de medicamentos | 25 |
| Gráfico 8 – Quem iniciou o diagnóstico | 25 |

MEMORIAL

Meu nome é Ana Luiza Macedo de Barros, tenho 29 anos. Sou casada há cinco anos com Luiz Carlos e tenho um filho de quatro anos, o Luiz Felipe e, uma enteada de treze anos, a Carolina. Trabalho atualmente na Escola Americana de Brasília, onde estou há dois anos e meio. Sou professora assistente no “*first grade*”, que é a primeira série americana. Vou contar aqui um pouco da minha trajetória estudantil, desde a infância até os dias de hoje.

Eu sempre estudei em escolas particulares. A minha primeira escola foi o “Instituto Nossa Senhora do Perpétuo Socorro”, que é uma escola de freiras. Entrei na escola com 4 anos. A minha mãe era professora na mesma escola e eu ia para a sala dela algumas vezes assistir aula. Essa é a primeira lembrança da minha mãe como professora. Eu também cresci com muitos deveres de casa a serem corrigidos em cima da mesa. Como professora, minha mãe sempre levou muito trabalho para casa.

Eu tive uma alfabetização maravilhosa naquela escola. Recordo-me que o nome da professora era Patrícia, a filha do porteiro da escola, que se tornou uma grande professora. Lembro dos cartazes das famílias silábicas pendurados nas paredes e da cartilha que usávamos. Eu amava ir para aula e tinha muito acompanhamento em casa. Lembro de ser uma das melhores alunas da sala. A minha tia Cláudia também era professora na escola e eu às vezes pedia para assistir a aula dela.

Na primeira série, lembro-me de adorar os ditados que valiam nota. Sempre que tinha festa lá em casa eu pedia para as professoras amigas da minha mãe fazerem “ditado” comigo. Comecei a gostar de escrever nesta época.

Na segunda série, minha mãe fez uma assinatura de uma “corrente de leitura”. Era mais ou menos assim: nós recebíamos um catálogo em casa com todas as coleções que poderíamos escolher e a cada mês chegava uma coleção nova pelo Correio. Era muito gostoso ficar na expectativa do dia em que os livros chegariam. Assim que chegavam, nós devorávamos a coleção e já ficávamos aguardando os próximos.

Quanto à moradia, morei a minha vida inteira em uma chácara no Lago Sul, um lugar muito bonito e muito calmo. Eu entrava no meu quarto e ficava horas e horas lendo os meus livros; depois saía para brincar no jardim, subir nas árvores e comer fruta do pé. Lá na chácara – lugar em que meus pais moram até hoje – tem mais de vinte tipos diferentes de pés de

frutas. As que eu mais comia eram manga, goiaba, amora, jaboticaba, pitanga, siriguela, limão doce e até jamelão, que hoje em dia já não gosto tanto. Desde essa época eu sempre tive muito contato com a natureza, e posso afirmar que é com certeza um tranquilizante natural para uma criança. Sempre fui uma criança muito calma.

Também na segunda série, comecei a fazer natação e balé. O balé era na escola mesmo, com todas as minhas amigas. Fiz amigas que iriam me acompanhar pela vida toda.

Na terceira série lembro-me de ter estranhado um pouco o fato de agora ter duas professoras: uma para português e estudos sociais e a outra para matemática e ciências. Sempre gostei mais da professora de português. O nome dela era Marta. Ela era uma mulher muito elegante, nadava todos os dias religiosamente. Ela sabia muito da língua portuguesa e falava muito bem. Com ela eu aprendi a gostar de escrever redação. Por outro lado, já na Matemática, lembro de achá-la chato. A aula que mais me marcou foi uma aula de frações, quando usamos umas maçãs para cortar os pedaços e fazer as frações.

Na quarta série, lembro que as minhas notas eram as melhores da turma. Sempre prestei muita atenção nas aulas.

Na quinta série comecei a ter dificuldades em algumas matérias. Eu tinha agora não mais duas professoras, mas cinco professoras, isto é, uma para cada matéria. Afora isso, ainda tinha Educação Física, Artes, Computação e Biblioteca. Foi também na quinta série que eu comecei a namorar, e vejo o quanto isso me atrapalhou.

Na sexta série, veio a minha primeira recuperação: em Matemática, claro. Passei de ano com uma nota alta, mas tomei um grande susto. A partir daí, acho que comecei a criar um bloqueio com a disciplina.

Na sétima e na oitava série, a mesma coisa: recuperação de Matemática no final de ano e uma semana a mais de aula, enquanto a maioria já estava viajando para a praia.

Eu também viajava para a praia, todos os anos. Essa era a melhor parte do ano. Minha família sempre teve o final de ano muito organizado. Sabíamos que logo depois do Natal viajaríamos para a praia. Quando voltávamos, um dia depois já íamos comprar o material escolar. Considero essa constância também é muito importante na vida de uma criança.

Chegando no Ensino Médio fui para a "Escola Americana e colégio Mackenzie". Todas as minhas amigas também foram para lá e ficamos todas na mesma sala. Isso não foi bom para mim. Tive que mudar de sala para poder prestar mais atenção.

A recuperação em matemática já era algo esperado. Sabia que todo final de ano ela aconteceria. Creio que foi o único bloqueio que criei.

Chegou a hora de fazer o PAS e escolher qual o curso eu faria na UnB para segui-lo como profissão. Escolhi Administração, mas não consegui entrar pelo PAS. Formei-me e entrei em um cursinho para vestibular. Eu tinha que decidir qual seria o próximo curso a fazer. Pensei bastante e escolhi Pedagogia. Minha mãe – que é professora da secretaria de educação há 30 anos – me alertou sobre as dificuldades da profissão. A verdade é que o exemplo que sempre tive em casa foi de amor à profissão de pedagoga. Afinal, a minha mãe sempre se doou 100% para a escola. Ela era do tipo que comprava material para os alunos carentes e ainda os levava para tomar banho de piscina com a gente. Minha irmã, meu irmão e eu, íamos todos muito para a UnB com a minha mãe, na época que ela fazia FE.

Ela trabalha há muitos anos na escola classe do Jardim Botânico de Brasília, que fica em frente à chácara onde mora. No Jardim Botânico conhecemos alguns grupos de teatro que estavam sempre por lá. Fizemos muitas trilhas ecológicas, participamos das feiras culturais e gostávamos muito de uma cachoeira que fica lá dentro, onde o acesso hoje é proibido.

A educação sempre esteve muito presente na minha vida. Não tive como escapar. Passei para Pedagogia na UnB na mesma época em que eu comecei a trabalhar no meu primeiro emprego, que foi nos Hotéis Meliá em Brasília. Eu estudava pela manhã e trabalhava à tarde e à noite, das 15:00 às 23:00 horas. No começo, eu tirei "de letra". Estava empolgada com a UnB e acordava animada para as aulas. Mas, no segundo semestre tive a intenção de ficar somente estudando e decidi sair do emprego. Entretanto, fiquei somente um mês sem trabalhar e logo depois surgiu algo que conciliava trabalho com os dois estudos: fui para a Câmara dos Deputados trabalhar como secretária parlamentar. Trabalhava só no período da tarde e estudava de manhã e à noite.

No terceiro semestre, me mudei para Los Angeles. Morei 8 meses na casa da minha tia, estudando inglês. Eu já era formada pela Casa Thomas Jefferson e fui fazer um curso de Inglês como segunda língua.

Quando voltei ao Brasil estava decidida a virar professora de inglês. Voltei e comecei a dar aulas de inglês para o Ensino Médio, na Escola NDA. Foi a minha primeira experiência como professora em sala de aula. Foi maravilhoso. Todo o tempo que passei naquela escola foi de muito amadurecimento. Minhas aulas eram muito esperadas pelos alunos e o retorno em notas era excelente.

Saí de lá para fazer estágio na educação infantil. Fiz um estágio de 6 meses na Escola Cantinho Mágico, na sala de crianças de 3 anos. Tive que mudar a minha postura completamente, uma vez que com crianças a abordagem é totalmente diferente. Encantei-me. É muito bom trabalhar com crianças. É um ambiente leve, apesar do preparo físico tremendo que é necessário.

Saí de lá para ser monitora na Escola das Nações, também na sala de crianças de 3 anos. Trabalhei com uma professora maravilhosa chamada Renata Ziller, que me ensinou ainda mais sobre o universo infantil. Ela é adepta da pedagogia Waldorf e me ensinou muito sobre as várias artes e a forma de abordá-las com as crianças. O lúdico se tornou algo mais conhecido para mim.

Na Escola das Nações fiquei grávida do Luiz Felipe. Depois que ele nasceu decidi que iria ficar em casa e não voltei mais para lá. Quando ele estava com 8 meses comecei a estagiar na Casa Thomas Jefferson, como secretária na Secretaria de Coordenação. Lá eu fiquei seriamente tentada a fazer o curso TTC (*Teachers Training Course*), que é o curso preparatório para se tornar uma professora na Thomas. Quando eu estava decidida a fazer o curso apareceu a vaga de professora assistente na Escola Americana de Brasília. Fui para lá, trabalhar no K3, que é também uma sala de crianças de 3 anos. Como já tinha bastante experiência com tal idade pude trazer muito do meu aprendizado para a sala de aula. Foram dois anos maravilhosos. Meu filho fez 4 anos e entrou na escola, no K3. Tive que ir então para outra série, que é a série que estou hoje.

Hoje posso dizer que estou muito satisfeita na minha profissão. Já passei por momentos na FE e nas escolas em que estive, de muita frustração: 1) na FE me frustrava por não conseguir pegar as matérias que eu gostaria de pegar, por conta do meu horário restrito. Como o horário tanto na Escola das Nações como na Escola Americana é integral, eu só tinha o período da noite para estudar; 2) nas escolas eu me frustrava por não poder colocar em

prática algumas coisas que aprendia. O sistema nas escolas às vezes não nos permite ter autonomia no ensino. Ficamos restritos a métodos e ideologias pré-estabelecidos.

A minha esperança é ver uma escola que se reinvente para receber essa nova geração que temos hoje. As crianças de hoje não são mais como antes. Elas requerem uma nova abordagem de ensino. Procuro não me conformar com o sistema de ensino atual, pois acho que ele é falho em muitos aspectos: ainda temos muita evasão, repetência, expulsões e outros problemas. Ainda vejo as crianças, adolescentes e adultos como vítimas de um sistema que precisa ser repensado.

O legal de voltar ao passado é que a gente percebe o quanto aprendemos, o quanto poderíamos ter aprendido e quanto ainda temos a aprender. Acredito que o nosso passado se reflete no nosso presente. Mas ele, o passado, não pode determinar o nosso futuro. A cada dia temos a oportunidade de escolhermos o que fazer das nossas vidas. A minha opção diária é ser feliz, independentemente das circunstâncias.

Esse meu trabalho de pesquisa é o começo de uma observação que quero continuar fazendo, não somente para encontrar respostas, mas para renovar o meu modo de pensar acerca do assunto mais atual nas escolas, que é o TDAH.

Agradeço a todos os meus familiares por todo o suporte que deram na minha educação. À minha mãe em especial, por ter me ensinado tanto a respeito da área da educação, às vezes, mesmo sem saber.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido visando analisar o fenômeno da medicalização na escola e fazer uma análise comparativa entre os professores brasileiros e americanos sobre essa questão. Esse processo que começa nos EUA torna biológico o que é social e vem se mostrando preocupante para pensarmos uma efetiva inclusão nas escolas de crianças e adolescentes.

No tocante à sua estrutura, esse trabalho foi composto por uma referencial teórico em que comentamos os pensamentos de diversos autores sobre o discurso médico e o TDAH e o DPAC. No segundo capítulo temos a Metodologia em que demonstramos os resultados da pesquisa realizada com professores brasileiros e estadunidenses. Por fim, tecemos nossas considerações finais apontando que as escolas brasileiras precisam retomar o trabalho pedagógico em prol das crianças que têm dificuldades no processo de escolarização.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Discurso médico na educação

Guarido (2006) destaca que as investigações sobre a saúde e o desenvolvimento da medicina higiênica voltada para a educação começaram no século XX, quando iniciaram levantamentos e procedimentos junto à família e à escola visando práticas educativas voltadas para a saúde e bem estar dos indivíduos. A autora enfatiza que a princípio, a medicina higiênica voltou-se para a prevenção e banimento das epidemias, preocupando-se com os altos índices de mortalidade infantil, mas ampliou-se para uma proposta de regulação das práticas escolares e familiares para moralizar as relações entre adultos e crianças, tendo como um de seus focos principais a sexualidade (GUARIDO, 2006, p. 01). Desse modo, desde os seus primórdios esse campo de conhecimento esteve voltado para o controle social.

Nesse contexto, também se inseriu a psicometria para medir os desvios de normalidade, simultaneamente crianças e adolescentes passaram a ser excluídos no contexto escolar (GUARIDO, 2006, p. 1).

(...) a formalização dentro da medicina das propostas higiênicas e da psiquiatria da criança e, no interior da psicologia, das pesquisas psicométricas e da psicologia do

desenvolvimento. Os efeitos de tal encontro têm sido analisados especialmente do ponto de vista crítico, no que redundaram em contingentes de crianças excluídas da escolarização regular (GUARIDO, 2006, p. 01).

Ao longo do século XX surgem dois fenômenos: a psicologização e a medicalização na escola. Os dois resultam na exclusão das crianças com supostos déficits, sendo que a medicalização ganhou nova força nos tempos atuais (GUARIDO, 2007, p. 14).

De acordo com a autora, a consequência dessa confluência é que crianças e suas famílias hoje são “submetidas ao poder exercido pela constituição de um domínio de saber médico-psicológico sem que o contexto de seus sofrimentos, bem como sua possibilidade de tratamento, sejam orientados para outras formas de consideração da subjetividade que não a normalizante e de treinamento” (GUARIDO, 2007, p. 01)

Assim, os efeitos desses dois discursos no campo da educação são evidentes. É impressionante como a área educativa foi invadida por outros campos de conhecimento e passivamente consentiu essa invasão, pois hoje o pensamento pedagógico engloba e articula os saberes da fonoaudiologia, psicologia, psicopedagogia, psiquiatria e neurologia relegando a segundo plano seu interesse pelos processos de ensino e aprendizagem.

No caso das crianças que “perturbam” o funcionamento escolar manifestando indisciplina e/ou problemas de aprendizado o discurso pedagógico se apoia hoje inteiramente no discurso médico e as nomeia como portadoras de Transtornos. O mais comum é do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDAH), mas outras nomenclaturas vão surgindo e vemos surgir outras, como, por exemplo, o DPAC. Depois dessas nomeações os professores encaminham para os especialistas e ficam ansiosos pelas terapêuticas medicamentosas e as terapias psicológicas e/ou fonoaudiológicas.

2.2 O que é o TDA/H?

O TDA/H tornou-se um fenômeno, um fato de mídia e nos últimos anos, o número de crianças diagnosticadas cresceu significativamente e, retroalimentando esse fenômeno, o mercado editorial lançou vários manuais para orientar as famílias e as escolas em como lidar com crianças portadoras desse suposto transtorno (LEGNANI et. al., 2004, p. 1).

A seguir apresentaremos a visão de vários autores que se pautam no discurso médico para explicar e descrever o Transtorno do Déficit de Atenção – TDA/H. Segundo esse ponto de vista o TDA/H tem causa neurobiológica e genética, seu aparecimento é no período da infância e segue com a pessoa por toda vida. Os principais sintomas são: “desatenção, inquietude e impulsividade”. Em casos especiais recebem a nomenclatura de Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) (MOURA, 2011, p. 33).

Um hiperativo para ser caracterizado deve considerar o período em que os sintomas apareceram na criança. Conforme o DSM IV: “os sintomas deverão ser ininterruptos e com duração mínima de seis meses sem limitar-se a apenas uma situação” (SAMPAIO, 2004, p.1).

Continua o autor seu pensamento, descrevendo:

A criança não precisa, necessariamente, apresentar todas as características descritas, mas parte delas. Porém, é importante que seja observado com muito cuidado porque existem crianças que apresentam algumas destas características, mas não são hiperativas, são crianças agitadas devido a alguma situação pela qual esteja passando ou mesmo como se chama “mal educadas” (SAMPAIO, 2004, p. 01).

As crianças hiperativas apresentam dificuldades na coordenação motora, como em lazeres normais do público infantil: “andar de bicicleta, patins, pular cordas, subir em árvores, abotoar roupas, amarrar sapatos, fazer recortes com tesoura, arremessar bola etc” (SAMPAIO, 2004, p. 1).

Conforme Golfeto (1993, apud SAMPAIO, 2004),

a criança hiperativa apresenta dificuldade em distinguir direita de esquerda, alterações de memória visual e auditiva, em orientar-se no espaço, fazer discriminações auditivas, em elaborar sínteses auditivas, além de possuir má estruturação do esquema corporal .

O sujeito que tem TDA (DDA), segundo Partel (2012), comete erros por falta de atenção a detalhes, faz várias coisas simultaneamente, ficando com vários projetos e tarefas por terminar. Quando motivado e/ou desafiado, tem uma hiperconcentração. É desorganizado internamente, tem muitos pensamentos e idéias ao mesmo tempo; e externamente, mesa, gavetas, papéis, prazos, horários, e outros.

As crianças com TDA, em especial os meninos, são agitadas ou inquietos. Na idade pré-escolar, estas crianças mostram-se agitadas, movendo-se sem parar pelo ambiente, mexendo em vários objetos como se estivessem “ligadas” por um motor. Mexem pés e mãos, não param quietas na cadeira, falam muito e constantemente pedem para sair de sala ou da mesa de jantar. Elas têm dificuldades para manter atenção em atividades muito longas, repetitivas ou que não lhes sejam interessantes. Elas são facilmente distraídas por estímulos do

ambiente externo, mas também se distraem com pensamentos "internos", isto é, vivem "voando". Nas provas, são visíveis os erros por distração (erram sinais, vírgulas, acentos, etc.). Como a atenção é imprescindível para o bom funcionamento da memória, elas em geral são tidas como "esquecidas": esquecem recados ou material escolar, aquilo que estudaram na véspera da prova, etc. (o "esquecimento" é uma das principais queixas dos pais). Quando elas se dedicam a fazer algo estimulante ou do seu interesse, conseguem permanecer mais tranquilas. Isto ocorre porque os centros de prazer no cérebro são ativados e conseguem dar um "reforço" no centro da atenção que é ligado a ele, passando a funcionar em níveis normais. O fato de uma criança conseguir ficar concentrada em alguma atividade não exclui o diagnóstico de TDAH.

Elas também tendem a ser impulsivas (não esperam a vez, não lêem a pergunta até o final e já respondem, interrompem os outros, agem antes de pensar). Frequentemente também apresentam dificuldades em se organizar e planejar aquilo que querem ou precisam fazer. Seu desempenho sempre parece inferior ao esperado para a sua capacidade intelectual (PARTEL, 2012).

Assim, os autores supracitados apontam as características de desorganização e distração da criança hiperativa, assim como a dificuldade nas atividades escolares e no relacionamento interpessoal com os demais colegas de turma. Trata-se do “ideário do déficit” tal como aponta Legnani (2010), no qual a criança é vista a partir de suas faltas e não de suas possibilidades.

2.3 A construção do diagnóstico de TDA/H

O discurso médico aponta que a incidência de TDA/H é de 3% a 5% das crianças em período escolar (LEGNANI & ALMEIDA, 2008, p. 01).

Assim, nos dias atuais, a aceitação social desse diagnóstico é facilmente constatada na vida cotidiana e profissional. E essa credibilidade iniciou-se na década de 80, na edição do DSM III (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*) quando a Academia Americana de Psiquiatria propôs a separação das perturbações por Déficit de Atenção e Hiperatividade dos Distúrbios de Aprendizagem. Orientação que será, posteriormente, incorporada pelo DSM IV (WERNER, 1997, p. 1).

De acordo com as autoras o diagnóstico atual leve em conta os seguintes aspectos:

- “A disfunção básica do TDA/H acomete os campos da atenção e concentração. Para efeito de diagnóstico esta característica deve comparecer desde os primeiros anos de vida da criança e seria essa disfunção que acarretaria os outros comportamentos disfuncionais como, por exemplo, a dificuldade para se organizar e seguir regras e instruções, como também as dificuldades escolares.
- A hiperatividade propriamente dita não apareceria em todos os casos e caracterizar-se-ia por uma movimentação corporal incessante que traria dificuldades para a criança realizar quaisquer tarefas que requiriam poucos movimentos corporais.

- E, por fim, a impulsividade, que se apresentaria, também, só em alguns casos e que se traduziria na incapacidade da criança de responder às demandas do outro e do ambiente de forma pertinente, seja pela dificuldade de estabelecer uma comunicação dialógica efetiva, ou mesmo por meio de comportamentos que demonstrariam dificuldades na esfera do cumprimento de regras e normas” (LEGNANI et. al., 2004, p. 1).

Conforme estabelecido por Salvati, (2004, p. 15), a primeira etapa do diagnóstico é feita com a família, com a escola e com o próprio paciente. Assim, os profissionais médicos para saberem em qual categoria será inserida observa-se o comportamento da criança e também deve haver uma coleta de informações com as pessoas mais próximas, como os pais e os professores

Nessa inserção em categorias diagnósticas não há ponderação crítica ou ética em relação ao efeito causado pelo diagnóstico na criança. É necessário considerar que os sujeitos diagnosticados, em grande maioria, estão em formação de personalidade. “Uma vez que há uma homogeneização, a partir do ideário do déficit, para esses sujeitos, os quais desde então têm suas ações e intervenções no meio social, interpretadas através desse crivo diagnóstico” (LEGNANI; ANDRADE; CAIRUS & SILVA, 2004).

Pelo contrário, supõe-se na visão médica que haveria um grande ganho para a criança que seria vista como “doente” e não como incompetente, desorganizada ou incapaz de aprender. Conclui Sampaio (2004, p. 01) que o devido diagnóstico auxilia a criança em seu desenvolvimento de aprendizado, diminuindo o índice de repetência e elevando a sua concentração por um maior período. Assim como pode “evitar depressão, superar problemas de relacionamento, ajudá-lo na orientação vocacional, evitar envolvimento com drogas”.

Em suma, o discurso médico apregoa que o diagnóstico e os medicamentos podem salvar a criança de um futuro nefasto e conta com uma grande aceitação da escola e das famílias para continuar estigmatizando crianças e adolescentes, os quais devem, sobretudo, adaptar à escola e à sociedade.

2.4 O que é DPAC?

Conceitua-se como:

uma falha no desenvolvimento das habilidades perceptivas auditivas”; mesmo com audição normal, é totalmente diferente de perda auditiva. Em geral encontra-se associado a dificuldades de aprendizagem. Crianças portadoras de distúrbio de aprendizagem tem dificuldades em vários aspectos do processamento auditivo

lingüístico e apresentam falhas cognitivas. É possível que comprometimentos lingüísticos ou cognitivos possam ser resultantes de problemas perceptuais (SAMPAIO, 2010, p. 01).

Seria uma doença auditiva que influencia no processo de aprendizagem. Suas causas são diversas e podem ser de cunho genético, otites nos primeiros anos de vida, permanência na UTI-Neonatal por mais de 48 horas e experiências auditivas insuficientes durante a primeira infância (SAMPAIO, 2010, p. 01).

Ainda segundo Sampaio (2010, p. 01):

Processamento auditivo se refere aos processos envolvidos na detecção, na análise e na interpretação de eventos sonoros. Estes processos acontecem no sistema auditivo periférico e no sistema auditivo central. É desenvolvido nos primeiros anos de vida, portanto é a partir da experiência do mundo sonoro que se aprende a ouvir.

Sendo assim, trata de um processo no qual ondas sonoras são decodificadas desde a orelha externa até no córtex cerebral, auxiliando assim na capacidade de analisar, interpretar e associar o que lhe foi passado por meio das ondas sonoras que chegam pela audição. Desse modo, no âmbito escolar, os sintomas para diagnosticá-lo é:

- Apresenta dificuldade em manter atenção aos sons;
- Dificuldade em escutar em ambientes ruidosos;
- Dificuldade na aprendizagem da leitura e escrita;
- Dificuldade em compreender o que lê;
- Necessidade de ser chamado várias vezes ("parece" não escutar);
- Não entende o que foi dito;
- Solicita com frequência a repetição das informações: Ah? O quê? Pode repetir?
- Dificuldade em entender expressões com duplo sentido ou piadas ou idéias abstratas;
- Dificuldade ao dar um recado ou contar uma história;
- Problemas de memória para nomes, datas, números e etc;
- Dificuldade em acompanhar uma conversa, aula ou palestra com outras pessoas falando ao mesmo tempo;
- Problemas de fala (troca /L/R/S/E/CH/), principalmente os sons /R/ e /L/;
- Alterações de pronúncia;
- Dificuldade em localizar a origem dos sons.
- Dificuldades com o significado das palavras;

- Inversões de letras;
- Dificuldade em associar letras do alfabeto com seus respectivos sons;
- Rendimento escolar Inferior em leitura, gramática, ortografia, matemática;
- Dificuldade em aprender uma língua estrangeira (SAMPAIO, 2010, p. 01).

Na fase de alfabetização, muitas crianças teriam dificuldades em aprender a ler e a escrever. Desse modo, devem ser encaminhadas ao fonoaudiólogo, que seria o profissional apto para fazer o diagnóstico e o tratamento.

2.5 A construção do Diagnóstico de DPAC

O diagnóstico da DPAC pode ser realizado por meio de diferentes estratégias, como comenta Kozlowski; Wiemes; Magni e Silva (2004):

- Anamnese;
- Testes não audiológicos: avaliação do desempenho linguístico e comportamento auditivo;
- Testes audiológicos: audiometria e testes específicos para PAC (monóticos, dicóticos e de interação binaural);
- Teste objetivo: imitanciometria;
- Testes eletrofisiológicos: emissões otoacústicas, potencial auditivo evocado de média e longa latência (N1, P2, P3 e MMN).

Por meio dessas estratégias que se chega ao diagnóstico do DPAC, pois esses exames explicitarão a ocorrência da doença.

Processamento Auditivo Central (PAC) é

uma avaliação específica do processamento auditivo que é realizada por um fonoaudiólogo da área audiológica. A testagem é realizada em cabine acústica, onde o indivíduo é colocado com fones auriculares através dos quais são aplicados testes gravados em CD e padronizados por faixa etária (AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2012).

Sua referência são os mecanismos e os processos que o sistema auditivo realiza, sendo esse também responsável pelos seguintes comportamentos:

- Localização Sonora; Teste que permite verificar a localização (percepção da origem da fonte sonora) em cinco direções (direita, esquerda, atrás, acima e à frente).
- Fala Filtrada: Este teste permite verificar a habilidade de fechamento auditivo (percepção da mensagem quando parte dela é omitida)
- PSI em português: Os estímulos verbais utilizados na aplicação do PSI são 10 frases ou palavras que devem ser identificadas através da indicação das figuras que representam a situação da sentença ou palavra. A mensagem competitiva é uma história infantil ou ruído white noise.
- SSI: Este teste é realizado com leitura e identificação não verbal da frase. Permite verificar a habilidade de fechamento auditivo e figura fundo associado à identificação visual. São testadas duas condições MCI (duas estimulações distintas na mesma orelha) e MCC (duas estimulações distintas uma em cada orelha)
- PPS E DPS: Estes testes permitem verificar as habilidades de resolução temporal, para identificação de frequência e duração sonora. São testadas duas condições a de imitação (hemisfério direito) e nomeação (hemisfério esquerdo).
- Dicótico de dígitos e SSW: Estes testes permitem investigação da condição dicótica da informação. Habilidade de figura-fundo (identificação de um som na coexistência de outro, competitivo), Memória sequencial (habilidade em estocar e recuperar estímulos na ordem em que foram apresentados). São constituídos por pares de dígitos e palavras, sendo que estes representam dissílabos na língua portuguesa. Avaliam a habilidade para agrupar componentes do sinal acústico em figura-fundo e identificá-los, e a comunicação inter-hemisférica no corpo caloso (AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2012).

Esses mecanismos são utilizados como forma de diagnosticar a doença, DPAC, pois permitem um estudo mais profundo e avançado sobre os estímulos verbais, sobre a fala e a audição.

Testes como o SSW (*Staggered Spondaic Word* - Palavras Espondaicas Sobrepostas) auxiliam no desenvolvimento clínico prático de áreas como a fonoaudiologia, psicologia e

psicopedagogia, pois esse indica o nível de maturação das vias auditivas e avalia a longa distância a criança (KOZLOWSKI; WIEMES; MAGNI & SILVA, 2004, p. 18).

Outro teste é o *Fala com Ruído*, em que teria como principal objetivo a medição da função performance-intensidade, por meio da comparação de uma fala com ruído e sem ruído. Sua maior utilização em casos de déficits de aprendizagem é em ouvir e em falar. “Não existe ainda padronização definitiva para este teste, sendo possível a utilização de diferentes tipos de estímulo de fala, diferentes tipos de ruído e formas de apresentação” (KOZLOWSKI; WIEMES; MAGNI & SILVA, 2004, p. 20).

Como vimos, trata-se de uma construção diagnóstica baseada em diversas estratégias, mas o que se evidencia nessa construção tal como no TDA/H é que uma questão pedagógica transforma-se um problema a ser tratado por um profissional da área da saúde. O tratamento seria, portanto, um treinamento auditivo nas crianças com DPAC e não mais um redimensionamento no processo de ensino e aprendizagem.

2.6 Medicalização da criança: efeitos sobre a educação e sobre as famílias nos contextos brasileiro e estadunidense.

No contexto brasileiro, de acordo com Guarido (2007), é comum agentes das equipes escolares perguntarem aos pais de crianças que sofrem desses supostos transtornos se ela foi corretamente medicada naquele dia. Também é comum nas escolas a recusa em aceitar uma criança com diagnóstico que não tome a medicação. Outra questão é a exigência que as famílias contem detalhadamente como está sendo realizado o tratamento do aluno, conforme relata Legnani (2012). A autora aponta essa estratégia escolar bastante invasiva em um estudo de caso em que a escola ameaçava reprovar o aluno, caso a mãe não detalhasse o tratamento da criança. Nessa visão, o uso do remédio seria responsável pela variação dos comportamentos e estados psíquicos das crianças, a qual não teria nenhuma relação com variações, mudanças ou experiências no interior do cotidiano escolar.

Nesse estudo pode se perceber que tal posicionamento entre a família e a escola difere-se nos contextos brasileiro e estadunidense e discutiremos essa diferença a seguir.

Werner (1997, *apud* Legnani, 2003), em uma análise crítica acerca do papel regulador das explicações médicas, destaca que nos Estados Unidos, na década de 60, houve um interesse governamental em oferecer respostas às indagações dos setores de classe média sobre o fracasso escolar de seus filhos. As explicações eram necessárias, pois dentro de um contexto de prosperidade econômica, havia também profundas contradições relacionadas ao modelo econômico capitalista, demonstradas por vários indicadores, tais como o aumento do número de suicídio, o crescente uso de psicofármacos, problemas de saúde ocupacionais, *stress*, etc.

Nessa época, o governo dos Estados Unidos patrocinou um projeto que teve como principal objetivo a realização de estudos que contribuíssem para a elaboração de diretrizes diagnósticas para os desvios de comportamento e problemas de aprendizagem de crianças que possuísem uma capacidade intelectual na média ou acima da média, ou seja, crianças que não seriam deficitárias do ponto de vista intelectual, mas que passam, então, a partir dessas pesquisas, a serem enquadradas como portadoras de prejuízos neurológicos leves.

O diagnóstico “Disfunção Cerebral Mínima” ganha, pois, uma grande aceitação social. Segundo o autor, a etiologia orgânica dos problemas de aprendizagem ou de comportamento foi bem aceita pela classe média. O motivo dessa aceitação é a diferenciação dessa categoria clínica da categoria de “retardo mental” ou de “privação cultural” utilizada para explicar o fracasso escolar dos alunos das camadas empobrecidas e das minorias étnicas. Werner (1997, *apud* LEGNANI, 2013) assim se expressa:

[...] os quadros nosológicos relacionando hiperatividade desatenção e baixo rendimento escolar com disfunção cerebral mínima ofereciam uma explicação plausível para a criança típica de classe média – bem nutrida, com acesso a bens materiais e culturais valorizados e com inteligência dentro ou acima da média – apresentar problemas de comportamento e de rendimento escolar (p. 95).

Assim, é importante registrar que nos EUA são as famílias que demandam da escola e do estado americano explicações sobre a causa das dificuldades escolares dos filhos. No Brasil, percebe-se o movimento contrário, ou seja, são as famílias que são demandadas e devem cuidar para que as crianças se adaptem à escola, consigam aprender e socializar, mesmo que seja a partir do uso de medicamentos ou de vários tratamentos onerosos de fonaudiólogos, psicólogos e psicopedagogos, no caso da criança estudar na rede privada. Caso o aluno seja da rede pública, a família deve-se submeter às filas para ter os mesmos

tratamentos na rede de saúde, a qual, por sua vez, recebe uma demanda absurda que sempre começa no contexto escolar.

Em suma, as crianças são altamente medicadas, conforme apontam as estatísticas. No Brasil esse número também já é alarmante. A diferença é que aqui as famílias são as responsáveis para sanar os problemas e no contexto americano não há essa responsabilização das famílias.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Pesquisa

Uma pesquisa tem por objetivo fundamental “descobrir respostas para problemas, mediante o emprego de procedimentos científicos” (GIL, 1994). Assim, conclui Gil (2002): “pesquisar é reunir informações sobre determinado assunto ou fator, quando há a necessidade de fazer um levantamento detalhado sobre algum assunto.”

O estudo realizado pautou-se inicialmente em uma pesquisa bibliográfica. De acordo com Gil (2007): a “pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Sua função é traçar um direcionamento da pesquisa, caracterizando os pontos essenciais a serem discutidos e investigados. Em um segundo momento realizou-se uma pesquisa que teve por objetivo verificar as diferenças existentes entre professores norte-americanos e brasileiros sobre o fenômeno da medicalização nas escolas.

3.1.1 Amostra

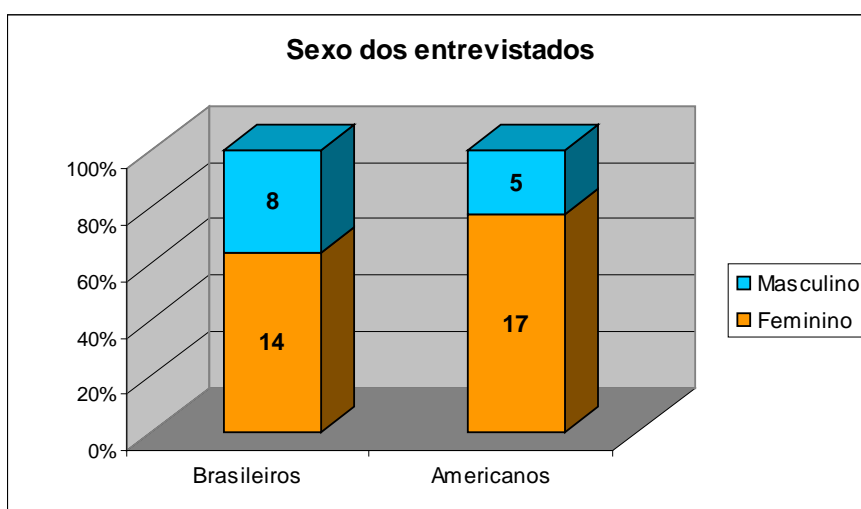
Compuseram a amostra 22 professores brasileiros e 22 de origem americana que residem atualmente no Brasil e aqui atuam como professores, totalizando 44 sujeitos desse estudo.

3.1.2 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de questionários com perguntas objetivas como meio de conseguir dados para o desenvolvimento da pesquisa realizada.

3.2 Resultados e discussão

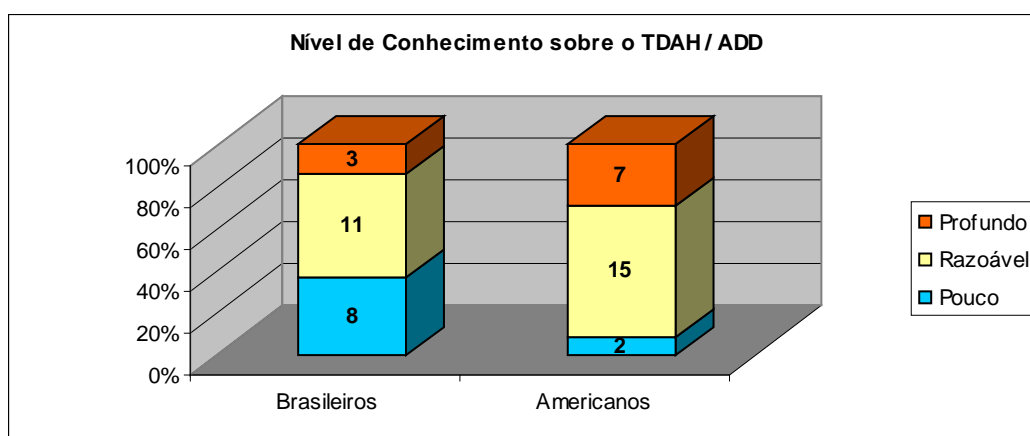
Gráfico 1 – Sexo dos Entrevistados



Fonte: Pesquisa de Campo

Entre os entrevistados brasileiros e americanos a maioria era do sexo feminino, confirmando os dados que em ambos países as mulheres ainda são maioria no que concerne ao campo educacional.

Gráfico 2 – Conhecimento sobre TDAH/ADD

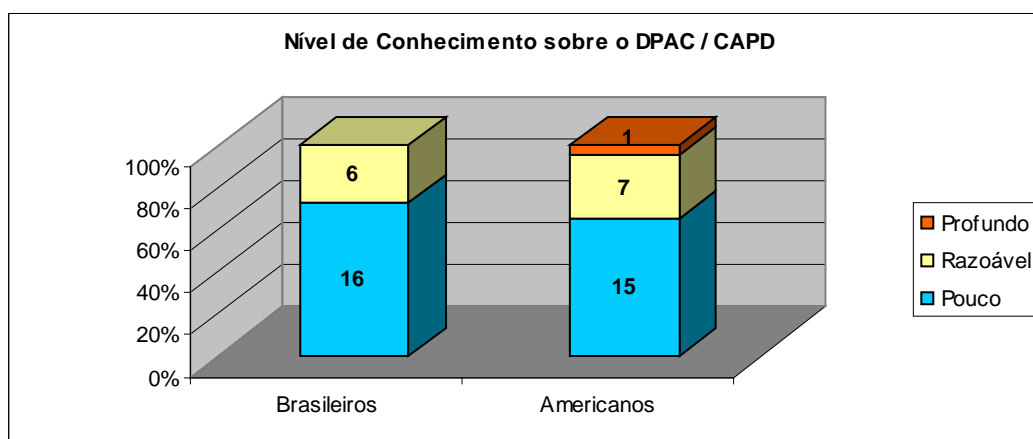


Fonte: Pesquisa de Campo

Os entrevistados brasileiros localizam-se em uma média de avaliação de nível de conhecimento sobre o TDH/ADD entre o razoável (11) e pouco (8), sendo que a menor parte tem conhecimento profundo (3) no assunto, o que significa que os entrevistados reconhecem que a fonte de pesquisa que utilizam que é mídia ou a internet não são fontes fidedignas para se obter um aprofundado conhecimento sobre essa problemática. Quanto aos americanos, a maioria tem um conhecimento razoável (15) sobre o tema, mas sete (7) afirmam conhecer profundamente o quadro, sendo que apenas dois (2) afirmam possuir pouco conhecimento. Sobre o TDAH.

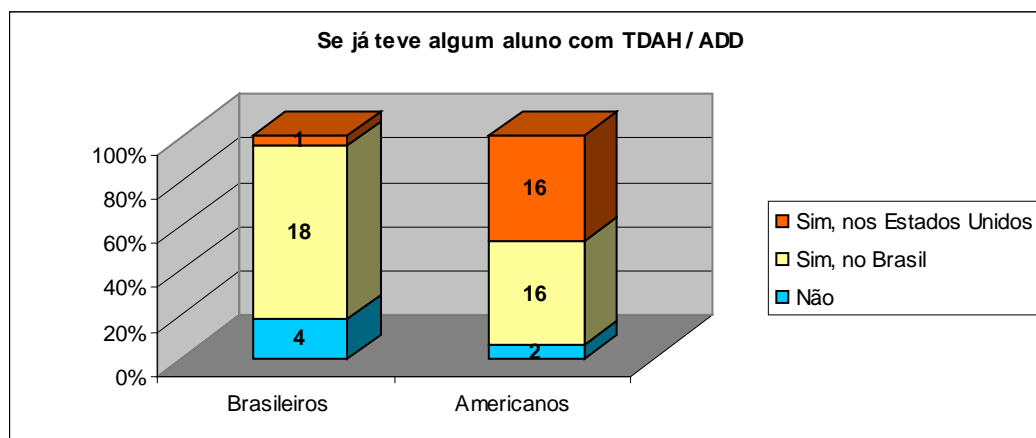
No que diz respeito ao DPAC/CAPD, o nível de conhecimento entre os brasileiros mostra-se semelhante, como podemos ver no gráfico abaixo:

Gráfico 3 – Conhecimento sobre DPAC/CAPD



Fonte: Pesquisa de Campo

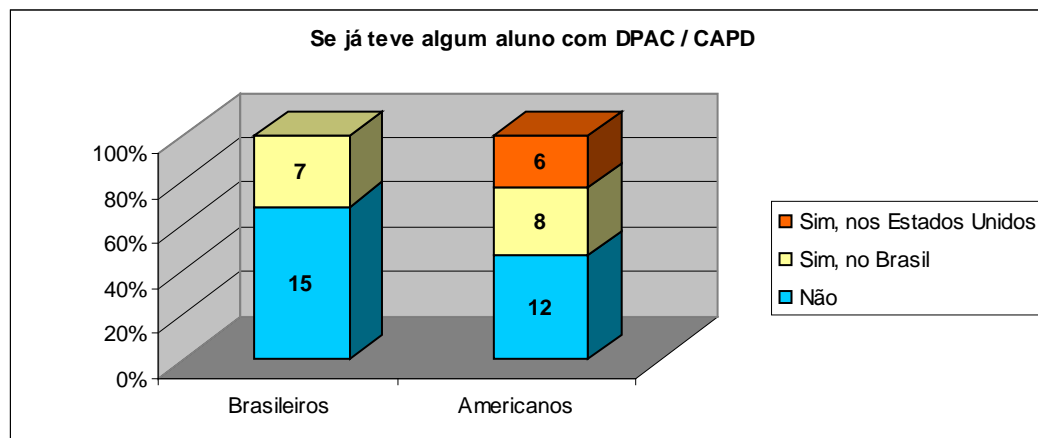
Gráfico 4 – Existência de aluno com TDAH/ADD



Fonte: Pesquisa de Campo

Quando questionados sobre a presença de alunos com TDAH/ADD em sala de aula, os brasileiros responderam em sua grande maioria que já tiveram alunos com tal distúrbio. Entre os americanos, os dados mostram que a grande maioria teve alunos com distúrbio TDAH/ADD tanto no Brasil, como nos Estados Unidos, sendo que apenas dois professores não tiveram alunos diagnosticados. O mesmo se observou quanto ao DPAC/CAPD.

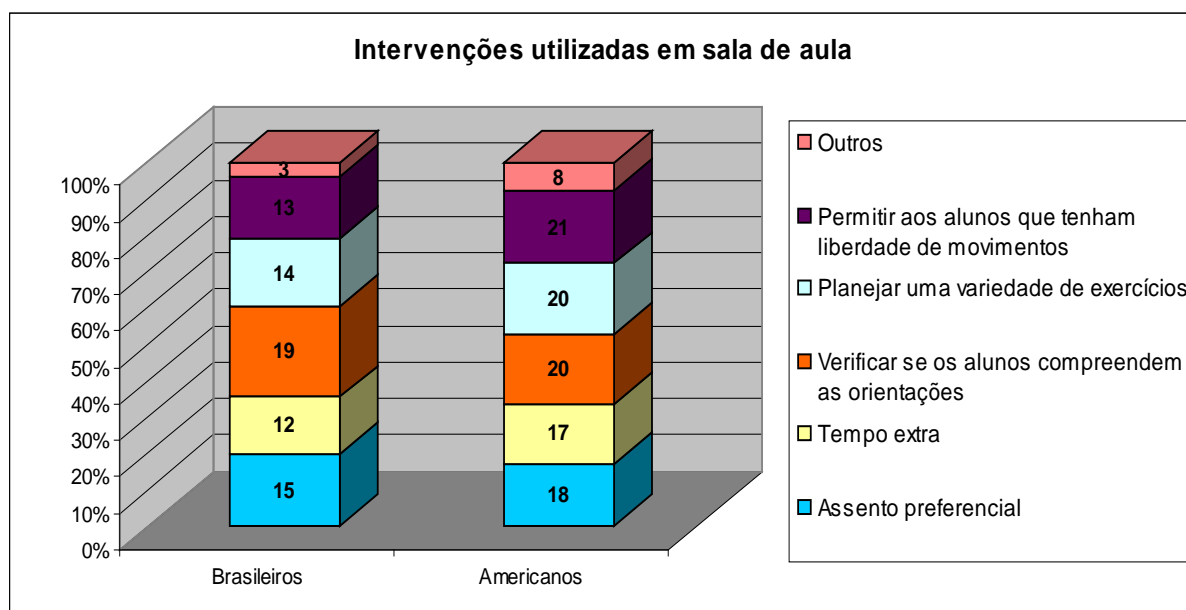
Gráfico 5 – Existência de aluno com DPAC/CAPD



Fonte: Pesquisa de Campo

Com a apresentação de tais dados é possível constatar que tanto o TDH como o DPAC são distúrbios comuns nas escolas, uma vez que grande parte dos professores já lidaram com esse tipo de questão em seus cotidianos profissionais.

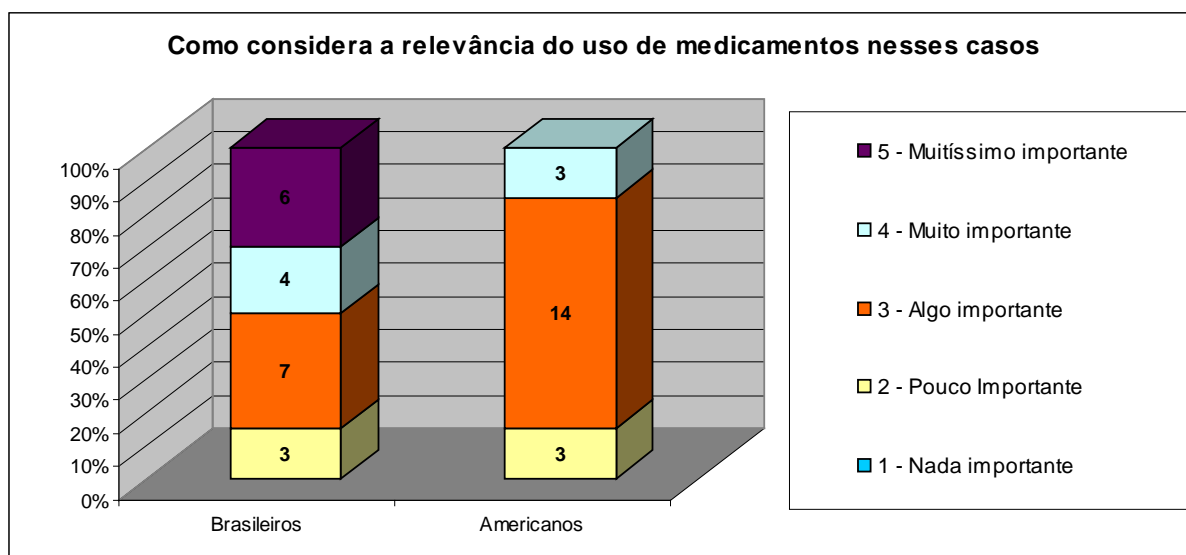
Gráfico 6 - Tipos de intervenções em sala de aula



Fonte: Pesquisa de Campo

Como podemos perceber, tantos os brasileiros como os americanos utilizam estratégias bem semelhantes para trabalhar com os alunos com os supostos transtornos. Provavelmente, em ambos os países, essas intervenções decorrem dos manuais de orientação voltados para os educadores. No Brasil, como já falamos esses manuais são muito utilizados, sendo que, infelizmente, eles operam uma estandardização das crianças com o diagnóstico, o que é muito preocupante, pois elas ficam estigmatizadas e padronizadas como “aquelas que têm TDA/H”.

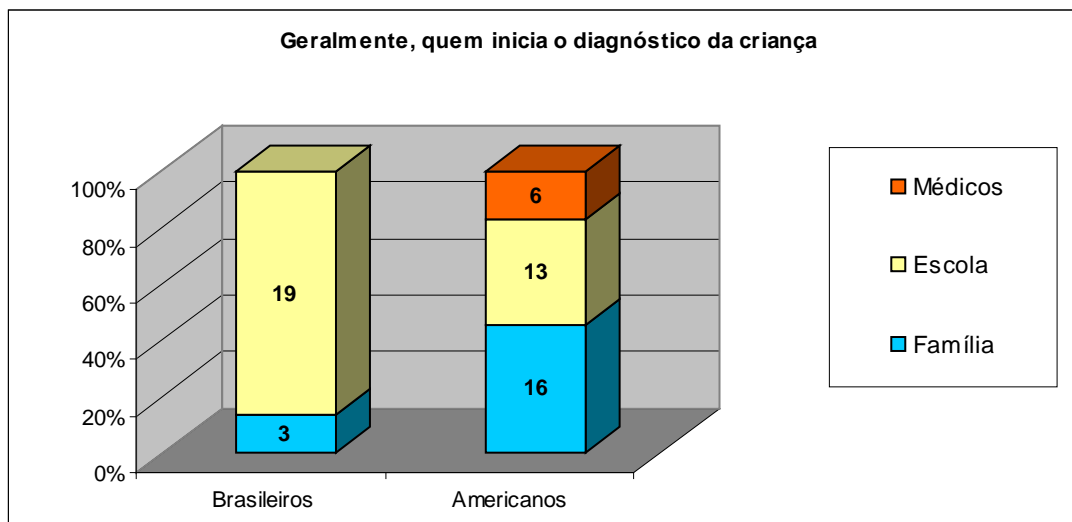
Gráfico 7 – Relevância do uso de medicamentos



Fonte: Pesquisa de Campo

Entre os brasileiros, a maioria acredita ser importante a medicação, sendo que para seis professores seria muitíssimo importante. Pode-se inferir que para eles a medicação é a única maneira de controlar o aluno e, conseqüentemente, melhorar o seu desempenho. Já os americanos, acreditam em grande maioria que o medicamento é algo importante, mas sem dar uma importância extremada à medicação, esta seria o complemento do tratamento.

Gráfico 8 – Quem iniciou o diagnóstico



Fonte: Pesquisa de Campo

Os brasileiros participantes da pesquisa em maioria responderam que a escola (86%) é quem identifica o distúrbio e inicia o diagnóstico, enquanto que a menor parte identificou que foi a família (14%). Já os americanos entrevistados afirmam em maioria que o diagnóstico é iniciado pela família (46%), pois são os primeiros a identificar os sintomas. Para outros entrevistados americanos, a escola (37%) é que inicia o diagnóstico, pois os sintomas se agravam diante do convívio educacional. Poucos entrevistados afirmam que os médicos (17%) são quem iniciam o diagnóstico de distúrbios de déficit de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Patto (1997) ao discutir a psicologização na escola comenta que o exame psicológico pode produzir diferentes resultados, dependendo da classe social em que a criança está inserida. “Nas classes média e alta, a criança diante do diagnóstico poderá ser levada a psicoterapias, terapias pedagógicas e diversos outros meios que propendem a ajustar a criança a uma escola ideal. Já as crianças de classe pobre, de posse desse laudo, encontram-se em uma situação de justificativa de sua dificuldade na escola e futuramente a exclusão dela (PATTO, 1997, p. 125).

O mesmo, podemos inferir, ocorre com a medicalização. Ou seja, de igual forma são laudos e diagnósticos que selam os destinos das crianças e considerando que as crianças pobres nem sempre conseguem os referidos atendimentos via saúde pública, estas acabam evadindo das escolas. Até finalizar esse triste processo as famílias são continuamente cobradas para que haja a adequação da criança.

Já nos Estados Unidos as famílias mostram uma postura mais ativa diante das escolas e do estado americano:

Em 1963, nos EUA, um grupo de pais que tinham filhos os quais, sem razão aparente, manifestavam transtorno de atenção, se organizou e realizou uma reunião, onde foram convidados profissionais de diferentes áreas (médicos, neurologistas, psicólogos) com o intuito de que estes lhes indicassem alguma solução ou explicação para o fato, algo que pudesse justificar uma educação especial a seus filhos (SISTO, 2007, p. 88).

A guisa de conclusão, podemos afirmar que em nossa proposição tanto o DPAC como o TDAH são manifestações de *diferenças* e não de distúrbios de aprendizagem que teriam uma causa simplesmente orgânica. Ambos têm sintomas parecidos e precisam ser analisados no contexto social da criança. Diante disto, esclarece-se que a escola tem papel fundamental nesse processo de contextualização. Afinal, esse é o local no qual a criança passa a maior parte do tempo e se socializa. Por isso os professores são fundamentais na inclusão dessas crianças.

A questão estabelecida nesse estudo é que a utilização de medicações no tratamento dos distúrbios TDAH e DPAC é preocupante, pois podem em alguns casos até atrapalhar no desenvolvimento escolar da criança. Para a sociedade as pessoas classificadas como “doentes” tornam-se pacientes e, como consequência, são consumidores de tratamentos, de terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente.

Para alguns estudiosos, a medicalização na educação tem cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”.

A escola brasileira acatou inteiramente os diagnósticos que “nasceram” nos EUA e tornou-se francamente a favor da medicalização, por se tratar da maneira mais simples de se resolver um problema. Como vimos, todo o processo se inicia em sala de aula sob o olhar do

professor que detecta a dificuldade de aprendizagem do aluno, comunica aos seus pais, que procuram o profissional responsável para diagnosticar clinicamente a criança.

Parece-nos, portanto, que o mal estar docente achou um novo meio de projetar nos alunos a insatisfação que muitos sentem hoje em nosso país por ser um professor. Essa “solução mágica” que no fundo não resolve o foco do problema torna-se frustrante tanto para os pais, como para os alunos e também para o professor.

Retomar o campo pedagógico e o ideário da inclusão de todos com suas *diferenças* no contexto escolar pode ser muito mais prazeroso e produtivo para os professores. Para as crianças seria a chance de deixariam de serem vistas como “doentes” e de se expressarem como sujeitos, expressão fundamental para um processo significativo de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. Otites frequentes durante os primeiros anos de vida estão geralmente associados ao Déficit do Processamento Auditivo Central – DPAC. Janeiro/2012. Disponível em: <http://www.winaudio.com.br/produtos-e-servicos/noticias-em-audiologia/3701-otites-frequentes-durante-os-primeirosanosdevida-estao-geralmente-associados-ao-deficit-do-processamento-auditivo-central-dpac.html>. Acesso em: 16 Fev. 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUARIDO, Renata. A presença do discurso médico na educação. 2006. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032006000100059&script=sci_arttext. Acesso em: 16 Fev. 2012.

_____. **A medicalização do sofrimento psíquico**: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. V.33, n.1. São Paulo: 2007.

KOZLOWSKI, Lorena; WIEMES, Gislaine M. R; MAGNI, Cristiana; SILVA, Angela L. G. da. A efetividade do treinamento auditivo na desordem do processamento auditivo central: estudo de caso. Rev. Bras. Otorrinolaringo. vol. 70 no. 3 São Paulo May/June 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992004000300023&script=sci_arttext. Acesso em: 16 Fev. 2012.

LEGNANI, V. N. . Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. Fractal: **Revista de Psicologia**, v. 24, p. 307-322, 2012.

_____. **Psicanálise e Inclusão Escolar**: um redimensionamento do ideário do déficit. Interação (UFG. Online), v. 35, p. 151-172, 2010.

_____.; ALMEIDA, S. F. C. . A Construção Diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H): Uma Discussão Crítica. Arquivos Brasileiros de Psicologia (Rio de Janeiro. 1979) (Cessou em 2002), v. v. 60, p. 2-13, 2008.

_____.; KAHN, C. T. ; ANDRADE, M. F. ; CAIRUS, R. C. R. . Impasses na construção da noção de alteridade nos processos de subjetivação das crianças com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: 5 ° COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP., 2006, São Paulo. **Colóquio do LEPSI IP/FE-USP**, 5., 2006, São Paulo. Anais eletrônico, 2004.

_____. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**: um estudo psicanalítico, Tese de doutorado, Ano de obtenção 2003. Instituto de Psicologia, UnB.

_____. ; ANDRADE, Mariana F. de; CAIRUS, Raquel Cristina dos R; KAHN, Clarissa T; SILVA, Eliane Azevedo da. Impasses na construção da noção de alteridade nos processos de

subjetivação das crianças com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. 2004. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032004000100059&script=sci_arttext. Acesso em: 15 Fev. 2012.

MOURA, Rosilene da Silva. A percepção dos professores e a compreensão vigente sobre o TDA/H e a relação com a prática docente. 2011. Disponível em: http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/3263/1/2011_RosilenedaSilvaMoura.pdf. Acesso em: 16 Fev. 2012.

PARTEL, Cleide Heloisa. TDAH. Disponível em: <http://www.universotdah.com.br/>, Acesso em: 15 Fev. 2012.

PATTO, Maria Helena. **Para uma crítica da razão psicométrica**. Psicologia USP. São Paulo, vol. 8, nº1, p. 47-62, 1997.

SAMPAIO, Simaia. DPAC (Distúrbio do Processamento Auditivo Cantral) x Transtornos de aprendizagem. Novembro/2010. Disponível em: http://www.psicopedagogiabrasil.com.br/artigos_dpac.htm. Acesso em: 16 Fev. 2012.

_____, Simaia. TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: informações e orientações. Nov/2004. Disponível : www.psicopedagogiabrasil.com.br/artigos_simaia_tdah.htm. Acesso: 16 Fev. 2012.

SISTO, F. F. Dificuldade de aprendizagem. In: SISTO, F. F. e BORUCHOVITCH, E. (orgs). **Dificuldades de aprendizagem no contexto psicopedagógico**. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

WERNER JR, J. **Transtornos Hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado**. Tese de Doutorado. Unicamp, Campinas, SP, 1997.